

Kwaliteit van zorgverlening

Het beoordelen van het restauratief handelen

Samenvatting. Een belangrijk uitgangspunt van het kwaliteitsbeleid in de tandheelkunde is dat de kwaliteit van feitelijke tandheelkundige ingrepen kan worden gemeten. Dit meten of beoordelen geschiedt in een aantal fasen. Deze bestaan uit het kiezen van een onderwerp, het ontwikkelen van normen en criteria, het verzamelen van gegevens en het beslissen of de kwaliteit voldoende is. Is dit niet het geval, dan moet een plan opgesteld worden om de gebleken tekortkomingen weg te werken en moet vervolgens het beoordelingsproces opnieuw doorlopen worden.

POORTERMAN JHG. Kwaliteit van zorgverlening. Het beoordelen van het restauratief handelen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 315-7.

J.H.G. Poorterman, tandarts

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Restauratieve tandheelkunde – Kwaliteitszorg**

Datum van acceptatie: 6 juli 1992.

Adres: J.H.G. Poorterman, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 Inleiding

Uit een overzicht van tandheelkundige behandelingen die jaarlijks in Nederland worden uitgevoerd blijkt dat relatief de meeste tijd besteed wordt aan het vervaardigen van plastische restauraties.¹ Op grond hiervan is dit een voor de hand liggend onderwerp voor kwaliteitsbeoordeling. In een eerdere bijdrage is reeds het begrip kwaliteit besproken.²

De vraag rijst of het resultaat van de beoordeling van plastische restauraties ook een indicatie geeft over de kwaliteit van andere behandelingen. De 'tracer-methode' tracht hier een antwoord op te vinden.³ Deze methode berust op het groeperen van min of meer overeenstemmende behandelingen. Eén hiervan (de 'tracer') wordt beoordeeld en met de uitkomst van deze beoordeling zou een uitspraak over het cluster van behandelingen gedaan kunnen worden. Oorspronkelijk werd deze methode voor evaluatie van geneeskundige behandelingen ontwikkeld, maar nader onderzoek heeft aangetoond dat hiermee voorzichtig moest worden omgesprongen.⁴ Ook in de tandheelkunde is de tracer-methode onbetrouwbaar gebleken. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat de aanwezigheid van kwalitatief goede plastische restauraties niet gepaard hoeft te gaan met acceptabel kroon- en brugwerk.⁵

2 Criteria en normen

Nadat bepaald is welk onderdeel van de tandheelkundige zorgverlening beoordeeld zal worden, moeten criteria en normen ontwikkeld worden die op dit onderdeel betrekking hebben. Het vaststellen van deze criteria en normen dient zoveel mogelijk op wetenschappelijke basis plaats te vinden. Zo zijn in een experimenteel klinisch onderzoek (het 'Amalgaamproject') verschillende factoren van het restauratieve proces gevarieerd, waardoor hun invloed op de

levensduur van de restauratie bepaald kon worden.⁶

Veel klinisch onderzoek op tandheelkundig gebied heeft zich gericht op de evaluatie van de kwaliteit van plastische restauraties. Ook in Nederland is uitgebreid onderzoek naar de kwaliteit van amalgaam- en composietvullingen verricht.⁷ De criteria waarop de restauraties beoordeeld worden, zijn in dergelijk onderzoek vooral: de aanwezigheid van primaire en secundaire cariës, randbreuk van de restauratie, het voorkomen van breuk in restauratie of element, anatomische vormgeving van de restauratie en esthetiek.

3 Het verzamelen van gegevens

Het verzamelen van gegevens kan met behulp van verschillende methoden uitgevoerd worden. Globaal zijn echter drie groepen te onderscheiden: directe observatie tijdens de behandeling, beoordeling van het eindresultaat en evaluatie van patiëntengegevens.⁸

De *directe observatie* van de behandeling in de praktijk geeft weliswaar het meest complete beeld van het hele behandelingsproces, maar is zeer kostbaar en tijdrovend. Bovendien kan het de relatie tandarts-patiënt verstoren. Van deze methode wordt gebruik gemaakt bij het evalueren van studenten in het kader van hun opleiding tot tandarts.

De *beoordeling van het eindresultaat* van de behandeling is eveneens een directe beoordelingsmethode. Dat betekent dat ook hierbij tandheelkundige faciliteiten en een tandheelkundig medewerker nodig zijn om de patiënt met behulp van spiegel en sonde te onderzoeken. Meestal dient de patiënt hiervoor een extra bezoek af te leggen. De methode is weliswaar sneller en goedkoper dan observatie van de gehele behandeling, maar geeft geen informatie over het stellen van de diagnose en het uitvoeren van de behandeling. Veel tandheelkundig onder-

zoek maakt van deze methode gebruik.

De *evaluatie van patiëntengegevens* is een indirecte beoordelingsmethode. Met behulp van bijvoorbeeld röntgenfoto's, mondfoto's en afgietsels van gerestoreerde elementen kunnen de gegevens op een willekeurig moment in afwezigheid van de patiënt worden beoordeeld. Dit heeft bovendien als voordeel dat de evaluatie buiten de tandartspraktijk kan plaatsvinden en dat door het vastleggen van gegevens herhaling en vergelijking mogelijk is. Ook hier ontbreekt de informatie over het stellen van de diagnose en de daadwerkelijke behandeling. Op deze manier kan evaluatie van de resultaten van de tandheelkundige behandeling echter wel goedkoop, snel en objectief uitgevoerd worden. Een voorbeeld van deze methode is de combinatie van een aantal (twee of vier) monddia's met twee bitewing-röntgenfoto's.^{7,9}

Vergelijkend onderzoek tussen de directe en de indirecte beoordelingsmethoden lijkt aan te tonen dat de indirecte methode een kritischer beschouwing van restauraties mogelijk maakt en een hogere graad van overeenstemming tussen de beoordeelaars oplevert.^{10,11}

4 De beoordeling van kwaliteit

Wanneer de criteria en normen zijn opgesteld en de gegevens zijn verzameld, is het moment daar om te beslissen of de gemeten kwaliteit voldoet aan de gestelde eisen. Daartoe moet aan de waarnemingen een waarde worden toegekend. Deze waarde kan worden ontleend aan een puntenschaal.

Bij het beoordelen van de kwaliteit van plastische restauraties worden een twee- en een vierpuntsschaal het meest gebruikt. Onderzoek naar het verschil in betrouwbaarheid tussen het gebruik van een twee- of een vierpuntsschaal spreekt een voorkeur uit voor het gebruik van een twee- of vierpuntsschaal. Zowel de overeenstemming

tussen de beoordelingen van verschillende beoordelaars als tussen herhaalde beoordelingen van één en dezelfde beoordelaar is hoger.^{12 13} Bij kwaliteitsbewaking staat de vraag centraal of het te beoordelen onderwerp wel of niet aan de gestelde eisen voldoet. In dit kader is het zinvol een tweepuntsschaal te gebruiken en die vraag te beantwoorden met acceptabel of niet-acceptabel (behoeft verbetering).

4 De beoordeling van kwaliteit

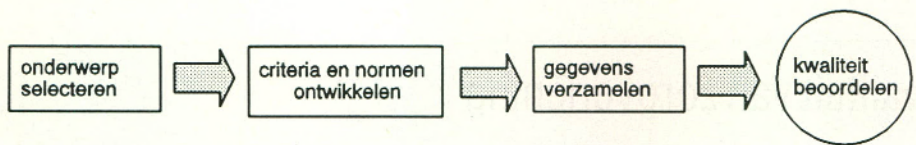
Wanneer de criteria en normen zijn opgesteld en de gegevens zijn verzameld, is het moment daar om te beslissen of de gemeten kwaliteit voldoet aan de gestelde eisen. Daartoe moet aan de waarnemingen een waarde worden toegekend. Deze waarde kan worden ontleend aan een punten-schaal.

Bij het beoordelen van de kwaliteit van plastische restauraties worden een twee- en/of vierpuntsschaal het meest gebruikt. Onderzoek naar het verschil in betrouwbaarheid tussen het gebruik van een twee- of een vierpuntsschaal spreekt een voorkeur uit voor het gebruik van een tweepuntsschaal. Zowel de overeenstemming tussen de beoordelingen van verschillende beoordelaars als tussen herhaalde beoordelingen van één en dezelfde beoordelaar is hoger.^{12 13} Bij kwaliteitsbewaking staat de vraag centraal of het te beoordelen onderwerp wel of niet aan de gestelde eisen voldoet. In dit kader is het zinvol een tweepuntsschaal te gebruiken en die vraag te beantwoorden met acceptabel of niet-acceptabel (behoeft verbetering).

5 Kwaliteitsverbetering

De uitkomst van de kwaliteitsbeoordeling geeft de tandarts, die gewend is te werken in een zekere professionele isolatie, informatie over het kwaliteitsniveau van zijn werkzaamheden.¹⁴ Deze terugkoppeling blijkt een gunstig effect te hebben op de kwaliteit van het werk.¹⁵ Bovendien kan een positieve beoordeling een uitgangspunt bieden in de toekomstige onderhandelingen met de verzekeraars en het vertrouwen van de consument in de tandheelkunde versterken.

Wanneer blijkt dat de kwaliteitsbeoordeling ongunstig uitvalt, moet actie worden ondernomen om de kwaliteit te verbeteren. Dit is de kern van het proces van kwaliteitsbewaking, dat gekenmerkt wordt door het toezien op behoud van een bepaald kwaliteitsniveau en het corrigeren van eventuele afwijkingen van dat niveau.² Ook dit proces kan in een aantal stappen worden onderscheiden (afb. 1).¹⁶ Allereerst dient een plan ontworpen te worden om de gebleken tekortkomingen weg te werken. Een moge-



Afb. 1. Het principe van kwaliteitsbewaking.¹⁶

lijkheid hiertoe is het volgen van bij- en nascholing. Na uitvoering van dit plan wordt de kwaliteit opnieuw gemeten. Op grond van deze nieuwe gegevens moet de beslissing genomen worden of de kwaliteit nu wel aan de gestelde eisen voldoet. Zo niet, dan moet na uitvoering van hetzelfde of een alternatief plan de cirkel nogmaals doorlopen worden. Om dit proces niet eindeloos te laten zijn, dient binnen de cirkel de mogelijkheid tot het nemen van sancties opgenomen te worden. Aangezien de professie in eerste instantie verantwoordelijk is voor de kwaliteitsbewaking van de tandheelkundige zorgverlening, zal zij ook degene moeten zijn die in voorkomende gevallen de sancties oplegt. Wanneer in de nabije toekomst een systeem voor (her)registratie wordt ingevoerd, zou een denkbare maatregel het niet verkrijgen van herregistratie kunnen zijn.

6 Toekomst

Eén van de taken die de tandheelkundige professie de komende jaren heeft, is het ontwikkelen van een goed functionerend kwaliteitsbewakingssysteem. Dit is een door de overheid opgelegde verplichting aan de beroepsorganisaties. De basis voor een dergelijk systeem berust gedeeltelijk

op het duidelijk kunnen omschrijven wat goede tandheelkundige zorgverlening is. Hier ligt ook een belangrijke taak voor de tandheelkundige wetenschap. Gezamenlijk dienen professie en wetenschap zich bezig te houden met het opstellen van één-duidige criteria en normen. Dit kan op grond van reeds verricht of nog te verrichten onderzoek of door het maken van bepaalde afspraken. Dit laatste wordt wel aangeduid met de term consensusontwikkeling.¹⁷

Het doel van consensusontwikkeling is onder andere het naar elkaar brengen van de diverse meningen over een controversieel onderwerp of duidelijk te maken op welke punten de meningen uit elkaar blijven lopen. In de gezondheidszorg wordt van deze methode regelmatig gebruik gemaakt. Als voorbeeld van consensusontwikkeling binnen de tandheelkunde kan het opstellen van het basisadvies voor fluoridegebruik dienen. Door het formuleren van concrete criteria en normen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn en kunnen bogen op een breed professioneel draagvlak, kan een bijdrage worden geleverd aan de kwaliteitsbewaking van de tandheelkundige zorgverlening.

Nadat overeenstemming is bereikt over de criteria en normen, moeten deze in de praktijk getoetst worden. Hiervoor dient

Summary

QUALITY OF DENTAL CARE: THE ASSESSMENT OF RESTORATIVE TREATMENT

Key words: Social dentistry – Quality assessment

An important aspect of the policy regarding quality of dental care is the possibility of assessing dental treatment. This assessment takes place in four steps: the selection of a subject, the development of criteria and standards, the collection of data and the decision whether quality is adequate. When quality is decided inadequate a plan should be developed to correct for deficiencies. After implementation quality can be reassessed.

Literatuur

- ¹KROEZE HJP, RUIKEN HIMM, PLASSCHAERT AJM. Kwaliteit van amalgaam- en composietrestauraties: een literatuurstudie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 343-5.
- ²POORTERMAN JHG. Kwaliteit van zorgverlening. Begrippen en definities. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 242-3.
- ³KESSNER DM, KALK CE, SINGER J. Assessing health quality – the case for tracers. N Engl J Med 1973; 288: 189-94.
- ⁴KESSNER DM. Quality assessment and assurance: early signs of cognitive dissonance. N Engl J Med 1978; 298: 381-6.
- ⁵BAILIT HL, RASKIN MN. Assessing quality of care and oral health in a population with dental insurance. Inquiry 1978; 15: 350-70.
- ⁶AKERBOOM HBM, BORGMEIJER PJ, ADVOKAAT JGA. Amalgaamrestauraties nader bekeken. Academisch Proefschrift. Vrije Universiteit te Amsterdam, 1985.
- ⁷KROEZE HJP. Amalgam and composite restorations: prevalence and need for replacement. Academisch Proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989.
- ⁸DE JONG N, DUNNING JM. Methods for evaluating the quality of programs of dental care. J Public Health Dent 1970; 30: 223-8.
- ⁹EIJKMAN MAJ, STEVENS EC, BEZEMER PD, et al. Een onderzoek naar mondgezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 61-6.

een instrument ontwikkeld te worden dat moet meten of aan de gestelde eisen is voldaan. Zo'n toetsingsinstrument of index is een maat voor de tandheelkundige zorgverlening. Zij moet gemakkelijk in het gebruik zijn, voldoende snel om grote aantallen personen te onderzoeken en vergelijkbare gegevens opleveren bij herhaling van het onderzoek of bij verschillende populaties.⁹⁻¹⁸ Met betrekking tot het beoordelen van restauratieve zorgverlening is inmiddels genoeg ervaring opgedaan om een dergelijk instrument in de praktijk te gebruiken.¹⁹

- ¹⁰SMALES RJ, CREAVER PJ. Evaluation of three clinical methods for assessing amalgam and resin restorations. *J Prosthet Dent* 1985; 54: 340-6.
- ¹¹OSBORNE JW, PHILIPS RW, GALE EN, BINON PP. Three-year clinical comparison of three amalgam alloy types emphasizing an appraisal of the evaluation methods used. *JADA* 1976; 93: 784-9.
- ¹²ISMAN R. Appraising the performance of dentists. *J Public Health Dent* 1977; 37: 224-32.
- ¹³PATRIDGE MI, MAST TA. Dental clinical evaluation: a review of the research. *J Dent Educ* 1978; 42: 300-5.
- ¹⁴MARYNIUK GA. Quality assurance: moving toward implementation. *J Dent Educ* 1989; 53: 681-2.
- ¹⁵MILGROM P, WEINSTEIN P, RATENER P. Quality assessment as a form of continuing dental education: changing dentist clinical performance. *JADA* 1980; 101: 258-64.
- ¹⁶BAILIT HL. Quality assurance in general dentistry. *Compendium* 1980; 1: 177-84.
- ¹⁷EVERDINGEN JJE. Consensusontwikkeling in de geneeskunde. Academisch Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1988.
- ¹⁸RUSSELL AL. Epidemiology and the rational bases of dental public health and dental practice. In: Young WO, Striffler DF (ed.). *The dentist, his practice and his community*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1969.
- ¹⁹KIEFT JA, HOUWINK B, EIJKMAN MAJ, et al. De kwaliteit van de restauratieve zorgverlening bij 16-jarige deelnemers aan de 'Integrale Tandheelkunde'. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1986; 93: 73-5.

VAN HET ALGEMEEN BESTUUR

De Jaarprijzen 1992 van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde

Tijdens de voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen op 23 april jongstleden te Utrecht vond de prijsuitreiking plaats voor de beste artikelen gepubliceerd in de jaargang 1992 van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde in de rubrieken *Post academiam* en *Onderzoek*. De prijzen bestaan uit een legpenning en een geldbedrag dat wordt uitgekeerd aan de eerste auteur van het bekroonde artikel. De jury wordt gevormd door de leden van het Algemeen Bestuur van de Stichting Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde.

De prijzen zijn allereerst bedoeld als eerbewijs aan de auteurs. Tevens willen zij een stimulans vormen om Nederlands tandheelkundig onderzoek ook door publikatie in een Nederlands wetenschappelijk tijdschrift toegankelijk te maken voor de Nederlandse tandarts.

De prijs voor de rubriek 'Post academiam' viel ditmaal op de artikelenserie *Patiëntenzorg en ethiek*, geschreven door S. Srijbos en M.A.J. Eijkman. Het eerste deel van deze reeks verscheen in de meiflavoring van het Tijdschrift (NTvT 1992; 99: 172-3). De toelichting van de jury luidde: 'Ethiek in de geneeskunde en tandheelkunde is een onderwerp dat zeer actueel is. Aanwijzingen zijn de opkomst van medisch-ethische commissies en de aandacht voor ethiek in het universitaire curriculum. Door middel van casusbesprekingen wordt in een aantal artikelen de rol van klinische ethiek in de tandheelkunde belicht. Op deze wijze worden algemeen ethische principes en een moreel redeneerproces gedomstreed. Deze artikelen dragen actief



Van links naar rechts: Prof. dr. I. van der Waal, de twee prijswinnaars dr. ir. S. Srijbos en D. J. Witter, en prof. dr. A. J. M. Plasschaert bij de uitreiking van de legpenning. (Foto: Erwin de Leeuw.)

bij aan de meningsvorming en de discussie over dit onderwerp. Het betreft verder problemen waar elke algemeen-practicus mee te maken heeft'.

De andere prijs voor de rubriek 'Onderzoek' ging naar het artikel *Oraal comfort bij verklorte tandbogen* van D.J. Witter, A.F. Käyser en G.M.J.M. van Rossum (NTvT 1992; 99: 277-80). De jury oordeelde in haar rapport: 'Het begrip 'verkorte tandboog' is nog controversieel en dit toegepast klinisch onderzoek tracht oraal comfort als variabele te bestuderen bij patiënten die behandeld zijn met een vrijzittende frameprothese, bij patiënten die

een verkorte tandboog hebben en bij patiënten die een complete tandboog bezitten. Deze eenvoudige onderzoeksoptzet geeft de algemeen-practicus bruikbare informatie over behandelresultaten. Het wachten is op een 'randomized clinical trial'.

Het Algemeen Bestuur en de Redactie willen vanaf deze plaats de prijswinnaars nogmaals van harte gelukwensen. Tot slot danken zij de Nederlandse Vereniging van Tandartsen voor haar gastvrijheid om de laureaten toe te spreken en de prijzen uit te reiken.